

PENGARUH KESEJAHTERAAN ROHANI  
TERHADAP KECENDERUNGAN PENGULANGAN  
DADAH DI TUJUH PUSAT KHIDMAT AGENSI  
ANTI DADAH KEBANGSAAN (PKAADK)  
DI MALAYSIA

NURHAZLINA MOHD ARIFFIN

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA  
2016

**PENGARUH KESEJAHTERAAN ROHANI  
TERHADAP KECENDERUNGAN  
PENGULANGAN DADAH DI TUJUH PUSAT  
KHIDMAT AGENSI ANTI DADAH  
KEBANGSAAN (PKAADK) DI MALAYSIA**

**oleh**

**NURHAZLINA MOHD ARIFFIN**

**Tesis Ini Diserahkan Sebagai Memenuhi Sebahagian  
Daripada Keperluan Bagi Ijazah Doktor Falsafah**

**APRIL 2016**

## **PENGHARGAAN**

Bismillahirrahmanirrahim.

Syukur ke hadrat Allah S.W.T degan limpah kurnia dan rahmatNya akhirnya tesis ini dapat disiapkan. Saya ingin mengambil kesempatan ini untuk menyatakan penghargaan kepada semua pihak yang member sokongan sehingga terhasilnya tesis ini.

Saya merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada pihak Universiti Utara Malaysia dan Kementerian Pengajian Tinggi yang membiayai pengajian ini. Saya juga merakamkan penghargaan terima kasih kepada Agensi Anti Dadah Kebangsaan yang member kelulusan dan kerjasama bagi menjalankan kajian berkaitan kesejahteraan rohani di Pusat Khidmat Agensi Anti Dadah Kebangsaan di negeri Perlis, Pulau Pinang, Perak, Kuala Lumpur, dan Selangor serta semua bekas pengguna dadah yang terlibat dalam kajian ini di atas kesudian berkongsi maklumat.

Setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan jutaan terima kasih dirakamkan kepada penyelia tesis, Prof. Dr. Azlinda Azman di atas segala nasihat, dorongan, bimbingan, tunjuk ajar, dan sokongan moral yang berpanjangan sehingga selesai penyempurnaan tesis ini.

Ribuan terima kasih juga diucapkan kepada seluruh ahli keluarga tercinta yang sentiasa memberi sokongan, dorongan, dan pengorbanan terutamanya suami iaitu Nurfahizan Apandi; anak-anak Nurzara Damia dan Muhammad Izz Iman; ibu bapa iaitu Mohd Ariffin Jusoh dan Jamiah Haron Zaman; mertua iaitu Aminah Uji dan Allahyarham Apandi Lumit; serta adik beradik iaitu Nurhayati dan Siti Nurhafiza. Terima kasih juga buat rakan-rakan (Atikah, Rafies, Wan, Yati, Sya) atas segala bantuan dan sokongan yang dihulurkan.

Akhir sekali sekalung penghargaan kepada semua pemeriksa tesis (P.M Dr Zulkarnain Hatta, Dr Adi, & Dr Fadhil) dan panel viva voce yang terlibat atas segala komen yang membina dalam penambahbaikan tesis ini. Saya doakan agar semua yang terlibat memperoleh kesejahteraan dan rahmat dari Allah di dunia dan di akhirat.

Sekian.

**NURHAZLINA MOHD ARIFFIN**

## ISI KANDUNGAN

	<b>Halaman</b>
<b>PENGHARGAAN</b>	<b>ii</b>
<b>ISI KANDUNGAN</b>	<b>iii</b>
<b>SENARAI JADUAL</b>	<b>viii</b>
<b>SENARAI RAJAH</b>	<b>x</b>
<b>SENARAI SINGKATAN</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1: PENGENALAN</b>	
1.0 Pendahuluan	1
1.1 Pengenalan	2
1.1.1 Apa itu Dadah?	3
1.1.2 Fenomena Penagihan dan Pengulangan Dadah di Malaysia	8
1.1.3 Program Rawatan dan Pemulihan Dadah di Malaysia	11
1.2 Penagihan Dadah Dari Sudut Pandang Agama dan Rohani di Malaysia	15
1.3 Pernyataan Masalah	20
1.4 Persoalan Kajian	27
1.5 Objektif Kajian	28
1.6 Hipotesis Nul Kajian	29
1.7 Kepentingan Kajian	30
1.8 Penyusunan Bab Kajian	31

## **BAB 2: ULASAN KARYA**

2.0 Pendahuluan	34
2.1 Konsep dan Model Pengulangan Dadah	35
2.2 Sosiodemografi dan Masalah Penagihan Dadah	40
2.3 Konsep, Teori dan Falsafah Kerohanian	60
2.3.1 Konsep Kesejahteraan Rohani	60
2.3.2 Model dan Teori Kerohanian	67
2.3.3 Falsafah Kerohanian Islam	73
2.4 Kesejahteraan Rohani dan Pengaruhnya Terhadap Penagihan dan Pengulangan Dadah	75
2.5 Agama dan Pengaruhnya Terhadap Permasalahan Dadah	86
2.6 Konsep Eksistensial dan Pengaruhnya Terhadap Permasalahan Dadah	102
2.6.1 Konsep dan Model Pendekatan Eksistensial	102
2.6.2 Peranan Eksistensial ke atas Permasalahan Kesihatan Secara Umum	111
2.7 Definisi Konsep	119
2.7.1 Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD)	120
2.7.2 Kesejahteraan Rohani	120
2.7.3 Kesejahteraan Agama	121
2.7.4 Kesejahteraan Eksistensial	121
2.8 Kerangka Kajian	122
2.9 Rumusan	125

## **BAB 3: METODOLOGI**

3.1 Pendahuluan	126
3.2 Hipotesis Alternatif Kajian	126

3.3 Reka Bentuk Kajian	128
3.4 Populasi Kajian	129
3.5 Persampelan Kajian	131
3.6 Pengoperasian Definisi Pembolehubah Kajian	133
3.7 Instrumen Kajian	135
3.7.1 Pengukuran Kesejahteraan Rohani Penilaian Rohani	136
3.7.2 Pengukuran Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD)	141
3.8 Kajian Rintis	143
3.8.1 Reliabiliti dan Kesahan	144
3.9 Prosedur Pengumpulan Data	148
3.10 Analisis Data	149
3.11 Rumusan	154

#### **BAB 4: DAPATAN KAJIAN**

4.1 Pengenalan	155
4.2 Data Deskriptif Profil Sosiodemografi Responden	156
4.3 Data Deskriptif Sejarah Penyalahgunaan Bahan	158
4.4 Data Deskriptif Berdasarkan Tahap	161
4.4.1 Tahap Kesejahteraan Rohani Responden	162
4.4.2 Tahap Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD)	163
4.5 Data Perbezaan Sosiodemografi	164
4.5.1 Jantina	165
4.5.2 Kumpulan Umur	166
4.5.3 Tahap Pendidikan	167
4.5.4 Taraf Perkahwinan	168

4.5.5 Status Pekerjaan	168
4.5.6 Tempat Tinggal	169
4.6 Data Inferensi Korelasi	170
4.7 Hubungan Antara Kesejahteraan Rohani dan Dimensi-dimensi	171
Kesejahteraan Rohani dengan Kecenderungan Pengulangan Dadah	
4.8 Data Regresi Pelbagai	172
4.9 Rumusan	173

## **BAB 5: PERBINCANGAN, IMPLIKASI, CADANGAN DAN RUMUSAN**

### **KAJIAN**

5.1 Pengenalan	177
5.2 Perbincangan Tahap Kesejahteraan Rohani dan Kecenderungan	177
Pengulangan Dadah	
5.3 Perbincangan Perbezaan Sosiodemografi ke atas	181
Kecenderungan Pengulangan Dadah	
5.4 Perbincangan Hubungan antara Kesejahteraan Rohani	184
dengan Kecenderungan Pengulangan Dadah.	
5.5 Perbincangan Hubungan antara Dimensi-dimensi	186
Kesejahteraan Rohani dengan Kecenderungan Pengulangan Dadah	
5.6 Perbincangan Pengaruh Dimensi Kesejahteraan	191
Rohani Terhadap Kecenderungan Pengulangan Dadah	
5.7 Implikasi Terhadap Pendidikan, Penyelidikan, Praktis Kerja Sosial, dan	195
Polisi Dadah di Malaysia	
5.7.1 Implikasi Terhadap Pendidikan dan Penyelidikan Kerja Sosial	195
5.7.2 Implikasi Terhadap Praktis Kerja Sosial	196

5.7.3 Implikasi Terhadap Dasar dan Polisi Dadah di Malaysia	198
5.8 Cadangan Intervensi Kerja Sosial	199
5.9 Limitasi Kajian	206
5.10 Cadangan Kajian Akan Datang	208
5.11 Kesimpulan	209
 RUJUKAN	 213
LAMPIRAN A	239
LAMPIRAN B	240
LAMPIRAN C	241
LAMPIRAN D	242



## SENARAI JADUAL

	<b>Halaman</b>
1.1 Statistik Penagihan dan Relaps bagi Tahun 2010-2014	24
2.1 Domain Pengukuran Eksistensial	109
3.1 Persampelan Kajian	133
3.2 Struktur Instrumen Kajian (Soal Selidik)	134
3.3 Skor bagi Tahap Kesejahteraan Rohani (SWB)	140
3.4 Tahap Kecenderungan Pengulangan Dadah	143
3.5 Nilai Alpha bagi Kebolehpercayaan Instrumen Kajian	145
3.6 Nilai Inter-correlated Item-item bagi Instrumen Kajian SWB	146
3.7 Nilai Inter-correlated Item-item bagi Instrumen Kajian KPD	147
3.8 Ringkasan Persoalan Kajian, Variable Tidak Bersandar, Variable Bersandar, dan Ujian Statistik yang digunakan.	152
4.1 Profil Sosiodemografi Responden	158
4.2 Sejarah Penyalahgunaan Bahan	160
4.3 Data Deskriptif bagi Variable Kesejahteraan Rohani, Agama, Eksistensial dan Kecenderungan Pengulangan Dadah	161
4.4 Ujian-t Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD) Berdasarkan Jantina	165

4.5	Ujian-t bagi Perbezaan Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD) Berdasarkan kumpulan umur	166
4.6	Ujian ANOVA Sehalu Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD) Berdasarkan Tahap Pendidikan	167
4.7	Ujian t bagi Perbezaan kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD) Berdasarkan Taraf Perkahwinan	168
4.8	Ujian t bagi Perbezaan Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD) Berdasarkan Status Pekerjaan`	169
4.9	Ujian t bagi Perbezaan Kecenderungan Pengulangan Dadah Berdasarkan Tempat Tinggal	170
4.10	Kolerasi Antara Kecenderungan Pengulangan Dadah Dengan Kesejahteraan Rohani, Kesejahteraan Agama, dan Kesejahteraan Eksistensial	172
4.11	Peramal Kecenderungan Pengulangan Dadah : Dimensi-dimensi Kesejahteraan Rohani	173
4.12	Ringkasan Dapatan Kajian	176

## **SENARAI RAJAH**

	<b>Halaman</b>
1.1 Trend Dadah di Malaysia Bagi Tahun 2010 hingga 2014	15
1.2 Trend Statistik Pengulangan Dadah di Malaysia bagi Tahun 2010 hingga 2014	22
2.1 Faktor-faktor Pencetus Relaps oleh Fields	36
2.2 Model Relaps Marlatt dan Gordan (1985)	37
2.3 Model Kecenderungan Pengulangan Dadah (KPD)	39
2.4 Konsep Kerohanian	62
2.5 Segitiga Hirarki Kehidupan Maslow	71
2.6 Konsep Agama	88
2.7 Model Ego-Identiti	106
2.8 Model Kesejahteraan Ontologikal-Eksistensial	108
2.9 Kerangka Kajian	124
4.1 Tahap Kesejahteraan Rohani, Agama dan Eksistensial	163
4.2 Tahap Kecenderungan Pengulangan Dadah Responden	164
5.1 Konsep KPD-SWB	199
5.2 Cadangan Model Intervensi Pameriksaan Rohani (Model Sep)	201
5.3 Pelaksanaan Intervensi	205

## SENARAI SINGKATAN

AADK	Agensi Anti Dadah Kebangsaan
PKAADK	Pusat Khidmat Agensi Anti Dadah Kebangsaan
CCSC	Pusat Khidmat Pulih dan Prihatin
PUSPEN	Pusat Pemulihan Narkotik
PUSAT SERENTI	Pusat Rawatan dan Pemulihan Dadah
BPD	Bekas Pengguna Dadah
KPD	Kecenderungan Pengulangan Dadah
SWB	Kesejahteraan Rohani (Spiritual Well-Being)
RWB	Kesejahteraan Agama (Religious Well-Being)
EWB	Kesejahteraan Eksistensial (Existential Well-Being)
SEp	<i>Spiritual Empowerment</i> (Pemeriksaan Rohani)
MLR	Multiple Linear Regression (Ujian Regresi Berganda)
SPSS	<i>Statistical Package For Social Science</i>

**PENGARUH KESEJAHTERAAN ROHANI TERHADAP  
KECENDERUNGAN PENGULANGAN DADAH DI TUJUH PUSAT  
KHIDMAT AGENSI ANTI DADAH KEBANGSAAN (PKAADK)  
DI MALAYSIA**

**ABSTRAK**

Kesejahteraan rohani memainkan peranan yang besar sebagai faktor pelindung dan faktor pencegah dalam menangani pelbagai permasalahan sosial, termasuklah isu pengulangan dadah. Terdapat dua dimensi utama yang mengukur kesejahteraan rohani individu iaitu kesejahteraan agama (perhubungan dengan Tuhan dan agama) dan kesejahteraan eksistensial (perhubungan dengan diri, manusia, dan persekitaran kehidupan). Justeru, satu kajian lapangan keratan rentas berbentuk kuantitatif telah dijalankan ke atas 290 orang bekas pengguna (BPD) dadah di tujuh buah Pusat Khidmat Anti Dadah Kebangsaan (PKAADK) bagi mengkaji pengaruh kesejahteraan rohani (SWB) terhadap kecenderungan pengulangan dadah (KPD). Kajian ini turut mengenal pasti tahap SWB dan KPD responden serta menganalisis perbandingan KPD berdasarkan profil sosiodemografi BPD. Data kajian telah dikumpul menggunakan borang soal selidik yang diadaptasi dan diterjemahkan ke dalam Bahasa Melayu melalui kaedah *back translation* daripada *Spiritual Wellbeing Scale* oleh Ellison dan Paloutzian (1982) dan Syed Sohail Imam, Noor Harun Abdul Karim, Nor Radziah Jusoh, & Nor Ehsaniah Mamad (2009); dan *Drug Taking Confidence Questionnaire* oleh Annis, Sklar, dan Turner (1999). Sebanyak lapan hipotesis nul telah diuji bagi menjawab kesemua persoalan dan objektif kajian. Antaranya, tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam KPD berdasarkan sosiodemografi seperti jantina, umur, tahap pendidikan, taraf perkahwinan, pekerjaan, dan tempat tinggal; tidak terdapat hubungan yang signifikan di antara

SWB dan KPD; dan tidak terdapat hubungan yang signifikan di antara dimensi-dimensi SWB yaitu kesejahteraan agama (RWB) dan kesejahteraan eksistensial (EWB). Hasil analisis menerusi ujian korelasi dan regresi menunjukkan bahawa wujud perhubungan di antara KPD dan SWB secara negatif, di mana semakin tinggi SWB, semakin rendah KPD. Begitu juga dengan dimensi-dimensi SWB yang mendapati bahawa semakin tinggi RWB dan EWB, semakin rendah KPD. Dapatan kajian melalui pengujian regresi pelbagai turut mengesahkan pengaruh SWB terhadap KPD dan hanya dimensi EWB telah dikesan sebagai faktor peramal utama kepada KPD berbanding RWB. Satu Model Pemerkasaan Rohani (*Spiritual Empowerment Model* - Model SEp) telah dicadangkan. Model SEp ini telah memberi fokus kepada intervensi kerja sosial yang komprehensif bertujuan membina rohani sejahtera melalui pengisian dan penghayatan rohani yang baik di dalam diri BPD ke arah pembentukan kesedaran sendiri, keupayaan diri, resiliensi, daya tindak, dan lokus kawalan diri bagi menurunkan risiko KPD.

**THE EFFECTS OF SPIRITUAL WELLBEING ON TENDENCY OF DRUG  
RELAPSE IN SEVEN CURE AND CARE SERVICE CENTRE (CCSC)  
IN MALAYSIA**

**ABSTRACT**

Spirituality is an important protective and preventive factor to help overcome social problems, particularly with regards to drug relapse issues. There are two primary dimensions that measures individual's spiritual wellbeing (relationship between the God and religion) and existential wellbeing (relationship with self, human being and social living). Thus, a cross sectional quantitative research has been carried out among 290 ex-drug users in seven Cure and Care Service Centers (CCSC) to investigate the effects of spiritual wellbeing on tendency of drug relapse. This research also identified the level of tendency of drug relapse and spiritual wellbeing (SBW) and to examine the differences in tendency of drug relapse based on sociodemographic profiles. Data were collected using a survey questionnaire which was adapted and translated into Malay language using back translation based on the Spiritual Wellbeing Scale (SWB) by Ellison & Paloutzian (1982) and Syed Sohail Imam, Noor Harun Abdul Karim, Nor Radziah Jusoh, & Nor Ehsaniah Mamad (2009); and Drug Taking Confidence Questionnaires (DTCQ) by Annis, Sklar, and Turner (1999). A total of eight null hypothesis were tested to answer the research questions and research objectives. These include that there is no significant differences in tendency of drug relapse based on sociodemographic factors such as gender, age, education level, marital status, employment, and living location; there is no significant relationship between SWB and tendency of drug relapse; there is no significant relationship between the various dimensions of SWB, which include

Religious Wellbeing (RWB) and Existential Wellbeing (EWB). Analysis through correlation and regression tests also showed that there was a negative relationship between tendency of drug relapse and SWB, in which the higher the SWB, the lower the tendency of drug relapse. Similarly, from the various dimensions of SWB, the higher the RWB and EWB, the lower the tendency of drug relapse. Study findings through multiple regression analysis also confirmed the influence of SWB towards tendency of drug relapse, in which only the dimension of EWB have been identified as the primary predictor for tendency of drug relapse as compared to RWB. A proposed Spiritual Empowerment Model (Model SEp) was introduced. This model provide a comprehensive social work based interventions aimed to enhance the individual's spiritual wellbeing through spiritual understanding towards better self-awareness, self-efficacy, resiliency, coping and self-locus control among the ex-drug users in order to reduce the risk of tendency of relapse.



## **BAB 1**

### **PENGENALAN**

#### **1.0 Pendahuluan**

Malaysia merupakan negara yang semakin pesat membangun seiring dengan perkembangan teknologi dunia, namun ia masih dihantui oleh masalah penagihan dadah, terutamanya pengulangan dadah. Kesan pengulangan dadah bukan sahaja boleh membunuh manusia, tetapi turut mengancam agama, bangsa, dan negara serta turut mencerminkan keberkesanan program-program rawatan dan pemulihan dadah yang sedia ada. Oleh itu, risiko berlakunya kecenderungan pengulangan dadah perlu dikaji daripada pelbagai aspek, termasuklah perspektif kerja sosial. Kajian ini mengkaji tahap kesejahteraan rohani bekas pengguna dadah, perbezaan kecenderungan pengulangan dadah berdasarkan kepada faktor-faktor sosiodemografi, pengaruh kesejahteraan rohani terhadap kecenderungan pengulangan dadah, pengaruh kesejahteraan rohani terhadap kecenderungan pengulangan dadah, dan meramal dimensi-dimensi kesejahteraan rohani yang paling mempengaruhi kecenderungan pengulangan dadah.

Bab satu membincangkan tentang sub-sub topik yang berkaitan dengan latar belakang kajian yang mencakupi pengenalan kepada dadah secara umum, fenomena penagihan dan pengulangan dadah di Malaysia, rawatan dan pemulihan dadah, dan dadah dari sudut pandang agama dan rohani di Malaysia. Selain itu, pengkaji turut menghuraikan pernyataan masalah kajian dan menggariskan persoalan kajian, objektif

kajian, serta hipotesis nul kajian. Akhir sekali, penjelasan tentang kepentingan kajian dan penyusunan bab kajian juga diberikan.

## **1.1 Pengenalan**

Di Malaysia, masalah dadah merupakan satu masalah sosial dan keselamatan yang semakin serius dari semasa ke semasa (Navaratnam & Spencer, 1976). Ia berlaku tanpa mengira bangsa, usia, agama, jantina, taraf pendidikan, status pekerjaan, dan pemahaman ideologi. Apa yang merisaukan kini, kanak-kanak dan remaja sekolah turut menjadi sasaran kerana terdedah dengan pelbagai pengaruh negatif daripada persekitaran mereka (Ahmad, 2006).

Tambahan pula, risiko pengulangan semakin meningkat apabila tren penggunaan dadah pada masa kini mula beralih arah daripada penagihan dadah asli seperti ganja, candu, heroin, dan morfin kepada penagihan dadah campuran sintetik seperti *amphetamine* (syabu), *methamphetamine*, pil-pil kuda, pil khayal, dan lain-lain yang lebih berbahaya. Ia bukan sahaja menyebabkan berlakunya pergantungan yang tinggi sehingga menyumbang kepada kesukaran untuk menjauhi dadah. Malah, ia turut mengundang kepada pertambahan pelbagai gejala sosial yang lain seperti masalah ragut, pecah rumah, kes rogol, kes bunuh, penderaan rumahtangga, kemalangan jalan raya, merompak, mengugut, kes ponteng sekolah, dan sebagainya. Perkara ini berlaku akibat daripada kesan kandungan pelbagai campuran bahan kimia di dalam dadah sintetik itu sendiri sehingga menyebabkan pengguna dadah semakin hilang pertimbangan akal dan moral (Ismail, Choo & Hoo, 1986; Hail & Ali Mohd, 2003).

### **1.1.1 Apa Itu Dadah?**

Dadah menurut Scozelli (1987) merupakan apa jua bahan-bahan kimia psikoaktif, semulajadi atau sintetik yang mengubah fungsi asal sistem di dalam tubuh badan penggunanya. Keadaan inilah yang menyebabkan berlakunya pergantungan berterusan iaitu penagihan. Dadah juga diperjelaskan sebagai bahan terlarang yang berbahaya kerana mendatangkan kemudaratan dan mengancam kesejahteraan serta kefungsi sosial individu, keluarga, komuniti dan negara.

Gan (1993) dan Stoppard (1999) pula mengklasifikasikan dadah berdasarkan lima ciri utama seperti berikut:

1. Memberikan impak negatif ke atas sistem saraf pusat (otak dan saraf tunjang);
2. Digunakan bukan untuk tujuan perubatan dan penggunaannya adalah dilarang;
3. Diperolehi secara haram atau menyalahi undang-undang;
4. Membawa kepada pergantungan fizikal dan psikologikal yang berpanjangan;
5. Mendatangkan kesan-kesan negatif atau bahaya kepada kesihatan dan fungsi sosial penggunanya.

Menurut Gan (1993) lagi, seseorang individu yang mula menggunakan dadah lazimnya akan berhadapan dengan risiko pergantungan terhadap dadah. Ini kerana penggunaan dadah tersebut telah menjadi sebahagian daripada keperluan bagi meneruskan kehidupan seharian sehingga mengatasi keperluan hidup yang lain seperti makan, minum, dan urusan keluarga. Pergantungan secara berterusan inilah yang akan meninggalkan pelbagai kesan buruk terhadap fizikal, mental, psikologi, dan sosial. Kesan-kesan penagihan ini boleh dilihat berdasarkan lima faktor seperti berikut:

1. Jenis dadah yang digunakan (merangsang atau merosakkan fungsi badan).

2. Jumlah dadah yang digunakan (dos tinggi akan membawa maut tetapi dos rendah mungkin menyebabkan rasa mengantuk/euforia).
3. Cara, jangkamasa atau kekerapan penggunaan (samaada secara suntik, hidu, telan, hisap atau digunakan bersama dengan dadah lain).
4. Keadaan individu yang menggunakannya (umur, jantina, berat badan, kesihatan, daya tahan, pengalaman menggunakan dadah, *mood*, dan aktiviti penagih).
5. Situasi ketika menggunakan dadah (berseorangan atau berkumpulan, dan keadaan tempat/ '*port*').

Ahmad (2006) pula mendefinisikan dadah mengikut jenis-jenis dadah itu sendiri. Menurut beliau, dadah didapati dalam pelbagai jenis bentuk, rasa, dan kesan. Oleh itu, beliau telah mengelaskan dadah kepada enam jenis seperti yang dibincangkan seterusnya.

### **Dadah Jenis Narkotik/ Opiat**

Dadah jenis ini adalah paling bahaya jika ia disalahgunakan kerana akan menyebabkan penggunanya mengalami ketagihan yang teruk dan sukar dipulihkan (*physical withdrawal syndrome*). Contoh bagi dadah jenis ini adalah seperti candu, heroin, morfin, kodein, dan kokain. Dadah jenis narkotik ini diperolehi daripada pokok popi yang banyak ditanam di Afghanistan, Iran, Parkistan, kawasan Segitiga Emas Asia, dan Amerika Latin (Mexico & Colombia) kerana ianya mudah ditanam dan tidak memerlukan penjagaan rapi. Namun, terdapat juga dadah jenis Narkotik tiruan seperti metadon dan meperidin yang sebenarnya dicipta dan digunakan untuk tujuan perubatan iaitu ubat tahan sakit.

## **Dadah Jenis Kanabis**

Dadah jenis ini mempunyai pelbagai nama mengikut tempat. Misalnya di Malaysia ia dikenali sebagai ganja, di Eropah pula terkenal dengan nama marijuana, dan di Timur Tengah dadah jenis ini dipanggil sebagai *hashish*. Dadah ini diperbuat daripada pokok kanabis yang banyak ditanam di Amerika Latin, Asia, dan Timur Tengah. Di Malaysia, penanaman pokok ganja telah diharamkan dan salah di sisi undang-undang. Dadah jenis kanabis ini amat popular kerana penggunaannya yang mudah dan murah. Pengguna hanya perlu hisap seperti rokok dan ia tidak mendatangkan ketagihan dari aspek fizikal, tetapi dari sudut psikologi (*psychological habits*) yang mana menyebabkan berlakunya sindrom tarikan psikologi (*psychological withdrawal syndrome*) seperti *anxious*, *paranoid*, dan *amnesia* (Stoppard, 1999).

## **Dadah Perangsang Minda**

Dadah jenis ini (*stimulant drugs*) mampu memberi rangsangan kepada sistem saraf otak manusia sehingga boleh kelihatan seolah-olah lebih bertenaga, lebih berkeyakinan, dan dapat memberi tumpuan untuk melakukan sesuatu kerja. Malah, pengambilan dadah jenis ini boleh mengurangkan rasa keletihan pada badan penggunanya. Oleh itu, ia banyak digunakan oleh individu yang melakukan kerja-kerja berat, ingin bekerja lebih masa, tiada rehat yang cukup, dan bekerja di pusat-pusat hiburan. Namun, risiko pengambilannya adalah tinggi kerana akan mengakibatkan penggunanya mengalami ketagihan berpanjangan dan terus bergantung untuk melakukan sesuatu pekerjaan. Penggunanya juga akan mengalami gangguan emosi sehingga menjadi lebih agresif, sukar untuk tidur, dan tubuh badan menjadi susut apabila tidak menggunakannya.

## **Dadah Jenis Halusinogen**

Dadah ini merupakan sejenis bahan memberi kesan terhadap persepsi diri (halusinasi). Penggunaannya boleh menyebabkan individu menjadi mengantuk dan memperolehi pemikiran yang sangat tenang. Dari aspek perubatan, dadah jenis ini boleh digunakan untuk mengubati penyakit sukar untuk tidur (*insomnia*), tekanan mental, sawan, dan kemurungan yang teruk. Tetapi penggunaan secara berpanjangan akan menjadikan pengguna perlu bergantung sepenuhnya kepada ubat ini bagi berhadapan dengan segala masalah kesihatan dan tekanan yang dihadapi dalam kehidupan seharian. Contoh bagi dadah Halusinogen yang asli adalah seperti ganja, *mescaline*, *hallucinogenic*, dan jenis dadah tiruan pula seperti *lysergic acid diethylamide* (LSD), *dimethyltryptamine*, serta *phencyclidine* (PCP).

## **Dadah Jenis Pelarut**

Penggunaan dadah jenis ini banyak melibatkan golongan remaja termasuklah pelajar sekolah kerana ia mudah didapati dan murah. Antara dadah jenis pelarut ini ialah gam, minyak petrol, cecair pencuci, cat, varnis, pewarna, dan simen getah. Selain daripada kosnya yang begitu mudah, cara penggunaannya juga adalah sangat mudah yang mana pengguna hanya perlu menghidu bau bahan pelarut yang mudah meruap sehingga mencapai tahap *high* (khayal). Namun, ianya amat merbahaya kepada penggunaannya kerana bahan pelarut tersebut adalah diproses daripada pelbagai jenis bahan kimia komersial yang boleh mengakibatkan kematian, gangguan kesihatan mental yang kritikal termasuklah saraf otak, dan kesannya yang juga berpanjangan.

## Dadah Sintetik

Dadah sintetik pula boleh dijelaskan sebagai dadah buatan atau bukan asli kerana dihasilkan melalui formulasi secara kimia seperti *Ice*, *Love Drug*, dan *Ecstasy*. Dadah ini boleh merangsang dan mendatangkan satu perasaan gembira atau seronok yang terlampau kepada penggunaanya. Sehubungan itu, ia banyak digunakan oleh pengunjung-pengunjung pusat hiburan. Memandangkan dadah sintetik ini dihasilkan daripada pelbagai campuran bahan kimia, penggunaannya sememangnya mememudaratkan kesihatan termasuklah menyebabkan denyutan jantung yang tidak stabil, meningkatkan tekanan darah, dan mengalami kebimbangan atau keresahan yang tinggi. Penggunaannya secara berpanjangan dan berlebihan boleh menyebabkan maut.

Sementara itu, antara jenis dadah yang dikenal pasti paling merbahaya kerana mendatangkan kesan pergantungan tinggi dari sudut kesihatan fizikal dan psikologi menurut Inkster dan Comolli (2012) adalah heroin dan kokain. Penyalahgunaan kokain akan merangsang sistem saraf pusat individu. Ia bertindak menggantikan fungsi semulajadi saraf dan organ tubuh badan yang bertindak sebagai menenangkan sistem tubuh badan melalui *dopamine* dan menghalang salah satu lagi fungsi semulajadi kepada *mesolimbic* tubuh yang membentuk sesetengah tingkah laku seperti makan, seksual, dan memberikan perasaan seronok atau gembira. Penggunaan dadah ini memberikan kesan yang sama sehingga akhirnya mengubah fungsi sistem semulajadi di dalam tubuh badan menyebabkan timbul situasi terbiasa (bergantung) dengan penggunaannya bagi meneruskan kehidupan seharian. Begitu juga dengan penyalahgunaan dadah jenis heroin. Ia bukan sahaja mengubah fungsi sistem *nueron* di dalam badan, malah meninggalkan kesan kepada fizikal tubuh badan pengguna

sehingga menyebabkan berlakunya sindrom tarikan (*physical withdrawal symptoms*). Penggunaannya akan mengakibatkan pengguna mengalami kesakitan secara fizikal seperti kekejangan, *anxiety*, loya, demam, cirit birit, dan *muscle spasms* yang ada kalanya boleh menyebabkan kematian.

Walaupun Malaysia bukan merupakan negara pengeluar atau pemprosesan dadah yang utama seperti negara-negara luar yang lain, umpamanya dadah jenis kokain yang banyak dihasilkan di Peru, Colombia, Equador, dan Brazil; ganja atau dadah jenis Marijuana ditanam di Colombia, Mexico, Jamaica, Morocco, dan Amerika Syarikat; dadah jenis Hashish di negara Timut Tengah; dan pokok popi yang boleh menghasilkan candu, morfin, dan heroin banyak ditanam di Burma, Laos, Thailand, Iran, Pakistan, Afghanistan, dan Mexico. Namun, kedudukan geografi Malaysia yang terletak di laluan antarabangsa pengeluaran candu (Gan, 1993) dan berhampiran Kawasan Segitiga Emas (The Golden Triangle) iaitu Burma, Laos, dan Thailand serta negara-negara Asia Barat lain seperti Iran, Pakistan dan Afghanistan yang banyak memproses dan menghasilkan dadah (*illicit drugs*), telah menyebabkan tempiasnya terkena di negara ini. Kedudukan tersebut juga menjadikan dadah mudah diperolehi di Malaysia dengan harga yang lebih murah dan seterusnya menjadikan isu penyalahgunaan dadah negara semakin meruncing (Taib, 1992; Kulsudjarit, 2004; Ibrahim dan Kumar, 2009).

### **1.1.2 Fenomena Penagihan dan Pengulangan Dadah di Malaysia**

Penagihan dadah di Malaysia bermula pada zaman pemerintahan Inggeris lagi yang mana pada ketika itu Malaysia dikenali sebagai Tanah Melayu. Kedatangan buruh dari negara China yang dibawa masuk ke Tanah Melayu pada masa itu secara besar-besaran oleh pihak Inggeris bertujuan untuk bekerja di sektor perlombongan



bijih timah sejak awal abad ke 19 memberi kesan kepada sejarah kemunculan dadah di Tanah Melayu kerana dipercayai mereka turut membawa bersama dadah bagi kegunaan sendiri. Masyarakat Cina pada ketika itu memang gemar menghisap candu iaitu sejenis dadah yang digunakan bagi mengisi masa lapang, menghilangkan rasa penat bekerja dan untuk berhibur atau menggembirakan diri masing-masing. Maka migrasi penduduk China pada masa itu secara tidak langsung telah membawa bersama-sama dadah jenis candu masuk ke Tanah Melayu sehingga kini (Taib, 1992 & Ahmad, 2006).

Pada penghujung abad ke-19, pergantungan yang tinggi terhadap penggunaan candu telah menyebabkan berlakunya penagihan candu yang tidak terkawal. Orang Cina mula menimbulkan kekecohan dan pergaduhan besar sehingga menyebabkan munculnya kumpulan-kumpulan kongsi gelap yang terlibat dengan pelbagai jenis jenayah di Tanah Melayu. Maka, kerajaan British pada masa itu telah mengambil alih urusan mengimport dan menjual candu bagi mengawal kebebasan keluar dan masuk candu ke Tanah Melayu. Usaha ini juga dikenali sebagai “Kedai Candu Kerajaan.” Melalui cara ini, candu hanya dibenarkan untuk dijual kepada pengguna candu dan kedai-kedai yang didaftarkan di bawah kerajaan sahaja. Sehubungan pada tahun 1925, hasil daripada “Persidangan Geneva” mengenai candu, kerajaan telah memutuskan penjualan candu hanya dibenarkan kepada pengguna berdaftar sahaja. Pada “Persidangan Geneva” kedua pula, kerajaan seterusnya mengambil langkah kawalan pengedaran dan penagihan candu secara drastik hanya kepada mereka yang memerlukannya atas nasihat pakar perubatan.

Setelah tamatnya Perang Dunia Kedua (1941-1945), kerajaan British mula mengambil langkah untuk mengharamkan penggunaan candu dan melancarkan

sekatan terhadap pengimportan, penjualan, dan penggunaan candu. Keadaan ini telah memberi tekanan kepada mereka yang ketagihan candu. Bagi memenuhi permintaan yang tinggi daripada pengguna candu maka, bermulalah aktiviti penyeludupan secara haram. Pada akhir tahun 1960-an, senario penagihan tersebut mula beralih angin yang mana pelbagai jenis dadah selain daripada candu diperkenalkan seperti heroin, morfin, amfetamin, barbiturat, dan juga dadah jenis halusinogen. Corak hidup dan jumlah penggunaan dadah dalam kalangan belia yang berumur belasan tahun juga mula menunjukkan peningkatan, ditambah pula dengan penggunaan dadah baru (dadah sintetik) yang ternyata lebih membahayakan kesihatan. Pada masa itu juga, fenomena penagihan di Malaysia turut dipengaruhi oleh budaya *hippy* dari luar negara yang menggunakan ganja sebagai bahan ketagihan dan kemudiannya beralih kepada penggunaan dadah jenis heroin dan morfin kerana lebih memberikan kesan keseronokan di dalam diri.

Selepas kemerdekaan sehingga kini, pelbagai jenis dadah telah muncul di Malaysia seiringan dengan pertumbuhan dunia globalisasi sehingga menyebabkan isu penyalahgunaan dadah semakin rancak berlaku dari semasa ke semasa (Ismail, Choo & Hoo, 1986; Saedah A. Ghani et al., 2008). Pergantungan terhadap dadah secara berterusan ini telah menyebabkan berlakunya situasi pengulangan dadah dalam kalangan bekas pengguna dadah yang berjaya dikesan. Dalam erti kata yang lain, tingkah laku pengulangan akan terus berlaku selagi masih terdapat penawaran dan permintaan tinggi terhadap dadah (Nazar Mohamed, 1995).

Menurut Ahmad (2006), terdapat dua faktor utama yang dikenal pasti mampu menyumbang kepada masalah penagihan dadah iaitu faktor umum dan khusus. Faktor khusus adalah terdiri daripada lemahnya jati diri individu, pengaruh rakan sebaya,

perasaan ingin tahu, keinginan untuk berseronok, tekanan jiwa, dan keadaan persekitaran setempat yang berisiko tinggi. Manakala faktor umum melibatkan longgarnya pegangan agama dan rendahnya nilai pegangan moral di dalam diri, berdepan dengan pelbagai bentuk tekanan hidup, masalah keluarga, dan strategi sindiket antarabangsa yang sukar dibendung. Kegagalan berhadapan dengan faktor-faktor penagihan tersebut juga akan menyebabkan berlakunya masalah pergantungan tinggi kepada dadah dan akhirnya mencetus tingkah laku pengulangan.

### **1.1.3 Program Rawatan dan Pemulihan Dadah di Malaysia**

Rawatan dan pemulihan dadah di negara ini merupakan satu usaha yang komprehensif bagi memulihkan bekas pengguna dadah serta mengurangkan pergantungan terhadap dadah. Justeru, pelbagai usaha yang berterusan telah dilakukan oleh pihak kerajaan dalam melaksanakan misi memerangi dadah. Antaranya pelaksanaan Dasar Dadah Negara apabila ia diluluskan pada 11 Jun 1996. Dasar tersebut bertujuan untuk mengurangkan permintaan dan bekalan dadah serta melahirkan masyarakat Malaysia yang bebas daripada dadah bagi tahun 2015.

Bagi merealisasikan misi dasar tersebut, pelbagai agensi kerajaan, bukan kerajaan (NGO), dan sukarela terlibat. Agensi Dadah Kebangsaan (ADK) yang kini dikenali sebagai Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) merupakan sebuah badan kerajaan yang ditubuhkan di bawah Kementerian Dalam Negeri bagi memantau segala bentuk pelaksanaan berbentuk pencegahan, rawatan, pemulihan, dan kerjasama serantau. Ia turut melibatkan kerjasama daripada pelbagai agensi kerajaan lain seperti Polis Diraja Malaysia, Kementerian Pendidikan, Kementerian Belia dan Sukan dan

lain-lain; dan badan bukan kerajaan serta sukarela yang lain seperti PENGASIH dan PEMADAM (Buku Maklumat Dadah, 2010).

Banyak program telah dibentuk dan dilaksanakan oleh AADK bagi membanteras permasalahan penagihan dan pengulangan dadah di Malaysia sejak tahun 1970-an sehingga kini. Antaranya ialah Program Komuniti Terapeutik (Therapeutic Community) di Pusat-pusat Serenti (PUSPEN); detoksifikasi dan rawatan terapi gantian menggunakan metadon di Klinik *Cure and Care*; program pengawasan, penempatan sementara, pendampingan (outreach), singgah masuk, dan pencelahan (intervensi) oleh Pusat Khidmat Agensi Anti Dadah (PKAADK); pusat khidmat harian dan pemulihan dalam komuniti di Rumah Komuniti; kelompok sokong bantu oleh badan sukarela; dan kempen-kempen pencegahan (perangi dadah, dadah musuh negara, jauhi dadah dan lain-lain), ceramah dan pameran kesedaran di sekolah, institusi pengajian tinggi, jabatan-jabatan kerajaan dan orang awam (Agensi Anti Dadah Kebangsaan, 2010).

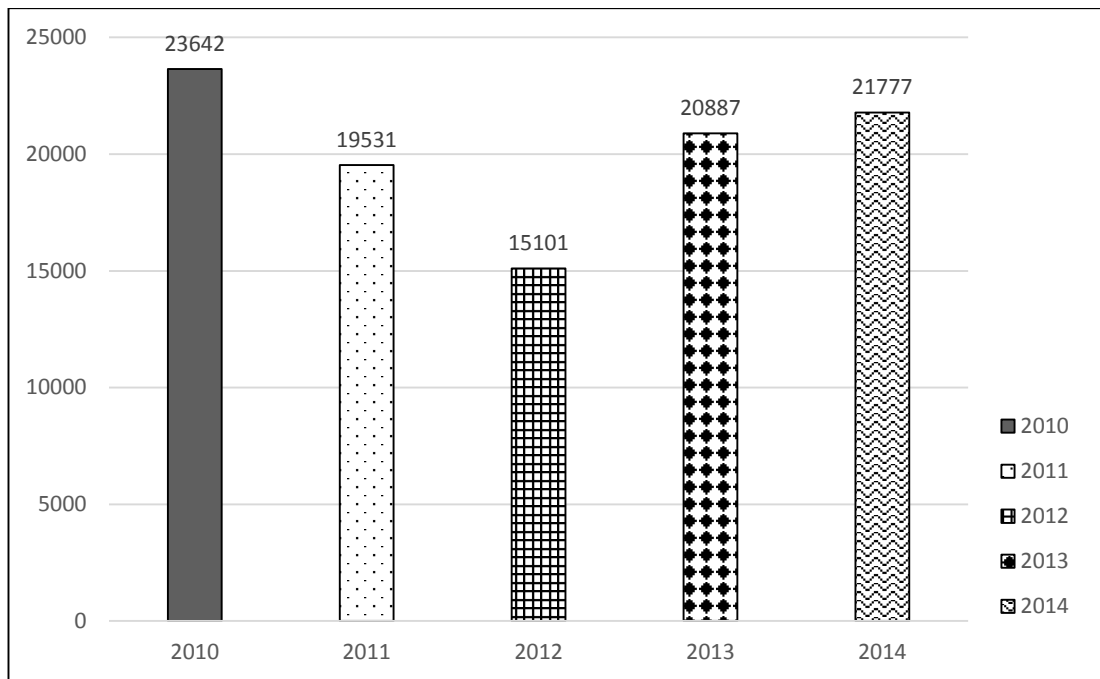
Semasa awal kajian ini dijalankan, negara kita telah pun mempunyai sejumlah 24 buah Pusat Serenti atau Pusat Pemulihan Narkotik (PUSPEN), 25 buah Pusat Khidmat Anti Dadah Kebangsaan (PKAADK), dan 16 Rumah Komuniti telah ditubuhkan di seluruh Malaysia. Penubuhan Pusat-pusat tersebut adalah untuk membantu pihak kerajaan mencapai visi dan misi AADK melalui pelaksanaan program rawatan dan pemulihan terhadap bekas pengguna dadah yang ditangkap dan dikesan (Nazar Mohamed, Ishak, Ishak, & Kasa, 2005; & Agensi Anti Dadah Kebangsaan, 2010). Bagi tujuan penambahbaikan polisi sedia ada pula, konsep baru yang lebih bersifat humanistik, terbuka, perihatin, mesra, dan berstruktur telah disuntik ke dalam program rawatan dan pemulihan sedia ada. Maka pihak AADK telah

mewujudkan 11 buah Klinik Cure and Care 1 Malaysia dan tiga buah Pusat Triage yang bertujuan untuk menilai dan membuat saringan awal tahap penagihan kepada klien yang diperintahkan oleh Mahkamah dibawah Seksyen 6(1)a Akta Penagih Dadah (Rawatan & Pemulihan) 1983; menambah bilangan bagi Rumah Penjagaan Komuniti (CCH) di setiap negeri; dan memberi penambahbaikan dari aspek nama, fungsi serta bilangan beberapa pusat perkhidmatan yang sedia ada. Misalnya Pusat Pemulihan Narkotik (PUSPEN) telah ditukar kepada *Cure and Care Rehabilitaion Centre* (CCRC), dan Pusat Khidmat Agensi Anti Dadah Kebangsaan (PKAADK) pula ditukar kepada Pusat Khidmat Pulih dan Prihatin (*Cure and Care Service Centre - CCSC*) (AADK, 2013).

Sementara itu, terdapat juga rawatan pemulihan dadah berasaskan Islam yang banyak dilaksanakan oleh pusat kendalian pihak kerajaan dan swasta di Malaysia. Namun hasil penemuan yang diperolehi, pusat rawatan swasta atau NGO ini lebih banyak menunjukkan kesan kepulihan yang memberangsangkan (Nazar Mohamed, Ishak, Ishak, dan Kasa, 2005). Misalnya Pondok Remaja Innabah di Kuala Nerang Kedah, Malaysia dan Baitut Taubah/Pondok Islah Diri di Jawa Barat Indonesia yang merupakan sebuah pusat rawatan pemulihan dadah yang sangat terkenal akan keberkesanannya menggunakan pendekatan agama. Pusat ini menggunakan pendekatan pondok, pusat rawatan harian dan pusat rawatan dengan menggunakan metode berasaskan kepada al-Quran dan hadis dengan menggabungkan kaedah tasawuf melalui solat, zikir, mandi taubat dan bimbingan al-Quran dan Fardu Ain (Nazar Mohamed, Din & Ishak 1998). Kesemua amalan ini dipercayai dapat membantu membersihkan dan membina unsur rohani yang kuat di dalam diri bekas

pengguna dadah agar dapat terus menjauhi dadah secara berterusan (Abdul Ghani & Adam, 2014).

Kesemua program pencegahan, rawatan, dan pemulihan dadah yang dilaksanakan bertujuan untuk memulihkan bekas pengguna dadah sama ada yang dimasukkan di bawah perintah mahkamah, dirujuk mahupun sukarela mencari jalan keluar daripada masalah penagihan dan pengulangan dadah selepas tamat menjalani sesebuah program rawatan (A. Ghani et al., 2008). Walau bagaimanapun, kedudukan statistik penagihan di Malaysia setiap tahun seolah-olah menjadikan misi menjadi negara penagihan dadah sifar adalah mustahil untuk dicapai. Laporan Statistik Dadah bagi empat tahun kebelakang (2010-2014) tahun 2013 (AADK, 2013) yang menunjukkan kenaikan selepas tahun 2012 sudah menjelaskan bahawa isu penagihan dadah masih perlu diberikan perhatian (Rajah 1.1). Pertambahan kes tangkapan penagih dadah juga menggambarkan seolah-olah kandungan dan pelaksanaan program rawatan dan pemulihan yang disediakan oleh pihak kerajaan masih memerlukan penambahbaikan. Justeru, kajian tentang pengaruh kesejahteraan rohani terhadap kecenderungan pengulangan dadah dijalankan bagi mengesahkan tahap dan kepentingan faktor SWB dalam menangani isu pengulangan.



Rajah 1.1 Tren penagihan dadah di Malaysia bagi tahun 2010 hingga 2014

(Sumber: Laporan Statistik Dadah oleh AADK 2015)

## 1.2 Penagihan Dadah Dari Sudut Pandang Agama dan Rohani Di Malaysia

Setiap agama di Malaysia menuntut pengikutnya untuk menuju ke arah kebaikan dan melarang pengikutnya berbuat kejahatan serta membinasakan diri sendiri termasuklah menyalahgunakan dadah. Berdasarkan *Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister's Department* (1992), setiap agama secara umumnya berkongsi pandangan yang sama tentang larangan mendekati dadah kerana ia mendatangkan kemudaratan dan kemusnahan dalam hidup. Berikut merupakan perbincangan secara umum tentang pengambilan dadah dari sudut pandang pelbagai agama di Malaysiamerujuk kepada *Anti Narcotics Task Force, National Security Council and Prime Minister's Department* (1992).

## **Pandangan Agama Islam**

Sememangnya dalam Agama Islam tidak terdapat sebarang hukum dan larangan yang khusus dari kitab Al-Quran atau Hadis Rasulullah (S.A.W) tentang larangan mendekati dan menggunakan dadah. Namun secara tersiratnya, di dalam kitab Al-Quran melalui Surah Al-Baqarah (ayat 195) ada menyebut “*Dan jangan kamu mencampakkan diri-diri kamu kepada kebinasaan.*” Selain itu, Hadis Bukhari dan Muslim juga ada menyatakan bahawa “*Tiap-tiap yang memabukkan adalah haram*”.

Kedua-kedua ayat dan hadis ini sudah cukup jelas menunjukkan bahawa Agama Islam melarang keras pengikutnya mendekati dadah. Hal ini kerana ia dianggap satu dosa besar memandangkan kesan penagihan dadah itu sendiri yang menyebabkan penggunaanya khayal dan mabuk (sama seperti mengambil arak dan dadah). Pengambilan benda-benda haram tersebut juga dilarang oleh Agama Islam kerana mendatangkan kemudaratan yang sangat besar kepada pemikiran, emosi, dan tubuh badan sehingga lupa akan tanggungjawab terhadap diri, keluarga, masyarakat, agama, serta mudah hilang pertimbangan akal. Maka, penggunaannya adalah ditegah oleh agama Islam kerana bukan sahaja kerana kesannya yang membinasakan diri manusia, malah turut mendorong kepada berlakunya pelbagai masalah jenayah sosial lain apabila penggunaanya berada dalam situasi khayalan serta ketagihan akibat salahguna dadah (Hadis Riwayat Abu Daoud, & Al-Quran : Al-Mai'dah : 5:90-91).

Justeru pada 24 Februari 1983, Majlis Raja-Raja dalam Mesyuarat yang ke-126 telah mempertimbangkan pendapat Jawatankuasa Fatwa Majlis Kebangsaan bagi hal ehwal Agama Islam negara dan bersepakat mengambil keputusan bahawa “Sebarang penyalahgunaan, termasuk penyalahgunaan dadah, hukumnya di sisi syarak adalah haram, dan dengan itu adalah ditegah sama sekali dan dadah hanya boleh



digunakan untuk tujuan perubatan yang sah mengikut syarak” (*Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister’s Department, 1992*).

### **Pandangan Agama Buddha**

Agama Buddha turut melarang keras pengikutnya membazirkan wang dengan membeli dadah kerana ia hanya merugikan dan membinasakan hidup. Berdasarkan Parabhava Sutta Buddha, “kemabukkan dan ketagihan adalah punca utama kepada kejatuhan” dan “sesiapa yang ketagih perempuan, arak, dadah, perjudian, dan membazirkan pendapatannya akan membawa kepada kemusnahan”. Mengikut fahaman tersebut jelas menunjukkan amalan pengambilan dadah sangat ditegah dan terdapat lima perkara yang pengikut Buddha perlu elak dalam membazirkan wang mereka iaitu :

1. Benda yang memabukkan seperti arak dan dadah.
2. Berkeliaran di jalanan pada waktu yang tidak menentu.
3. Melihat gambar-gambar yang mengkhayalkan.
4. Berkawan dengan sahabat “jahat”.
5. Membazir masa.

Sebahagian daripada kata-kata Buddha yang telah dipetik itu terbukti bahawa pendirian Agama Buddha terhadap dadah juga adalah sama, iaitu membawa kepada kebinasaan dan kehancuran dalam hidup. Malah ia dianggap sebagai satu perkara jahat yang perlu dihindari sekiranya ingin memperolehi restu yang paling tinggi dalam agama (*Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister’s Department, 1992*).

## Pandangan Agama Kristian

Agama Kristian turut berhujah bahawa penggunaan dadah boleh memisahkan individu daripada dunia yang sebenar, memburukkan peribadi, dan menghalang individu menangani masalah diri dan alam persekitaran dengan baik. Antara ayat-ayat yang ada menyentuh isu larangan terhadap pengambilan dadah di dalam kitabnya ialah seperti berikut (*Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister's Department, 1992*):

1. *“Tubuh kamu adalah tempat suci untuk Roh Kudus (Holy Spirit) yang telah berada di dalam diri kamu sejak kamu menerimanya dari Tuhan ” (1 Cor. 6:19).*
2. *“Kita mesti sedar bahawa kita suatu ketika dahulu telah disalibkan bersamaNya untuk membinasakan badan yang berdosa dan untuk membebaskan diri daripada dosa” (Rom. 6:6).*
3. *“Adakah anda tidak tahu bahawa mereka yang berbuat salah tidak akan mewarisi dunia Tuhan : Mereka yang tidak bermoral, penyembah berhala, menduakan suami, ‘catamites’, sodomi, pencuri, lintah darat (loan shark), pemabuk, pemfitnah, dan penipu tidak akan mewarisi dunia Tuhan” (1 Cor. 6:3).*
4. *“Tuhan telah menjemput kita masyarakat yang adil dan penuh dengan kasih sayang. Dengan ini, kita dikehendaki memperkembangkan potensi kita sebaik mungkin dan mengerahkan sebanyak kesedaran yang boleh. Pilihlah kehidupan yang lebih bermakna supaya kita dan keturunan kita akan hidup dengan bahagia” (Deut. 30:19).*

## **Pandangan Agama Hindu**

Agama Hindu turut sama menegah penganutnya melibatkan diri dengan najis dadah. Antara falsafah-falsafah Agama Hindu yang secara tidak langsung membincangkan perkara ini adalah seperti berikut:

1. *“Dipisahkan daripada deria adalah mereka yang memabukkan diri (pengguna dadah), tidak ada bezanya mereka daripada yang tidur mahupun yang telah mati”.*
2. *“Manusia adalah makhluk yang berfikir, diharap dapat mengawal dan membendung segala tindak tanduknya dengan kuasa pemikirannya dan tidak sekali-sekali membiarkan pemikirannya menyeleweng daripada memasukkan dadah ke dalam badan, yang bukan sahaja memusnahkan pemikiran tetapi juga tubuh fizikal”.*
3. *“Tubuh badan manusia dianggap sebagai makhluk tertinggi oleh penganut agama Hindu, tetapi kesucian ini telah dikaburi oleh kebodohan dan keangkuhan dengan mengambil dadah”.*

Dharma Hindu menjelaskan bahawa setiap tindakan seseorang adalah dikawal oleh Dharma atau sifat yang terpuji. Maka, setiap perbuatan atau tingkah laku yang salah, berbahaya atau mencederakan diri sendiri dan orang lain, dianggap “*adharmic*” yang mana balasannya adalah penderitaan. Oleh itu, penyalahgunaan dadah perlu dijauhkan kerana dianggap sebagai “*adharmis*” kerana mendatangkan kesan yang buruk kepada diri dan orang lain (*Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister’s Department, 1992*).

## **Pandangan Agama Sikh**

Satu lagi agama yang terdapat di Malaysia ialah Agama Sikh. Pandangan Agama Sikh terhadap pengambilan dadah juga adalah selari dengan agama-agama lain. Ia turut melarang pengikutnya mendekati dadah berdasarkan kitab Guru Granth Sahib dan Guru Nanak (Kitab Suci Orang Sikh) seperti berikut:

1. *“Sesiapa yang mengambil ganja, candu atau marijuana, makan daging, amalan berupa penziarahan tempat suci, puasa dan melakukan aktiviti agama yang lain adalah menjadi tidak berfaedah dan mereka akan ke neraka”*. (muka surat 1377)
2. Disiplin orang Sikh adalah untuk *“mengelakkan diri daripada daging, menggunakan tembakau, hashish, ganja, opium, todi dan candu”*.

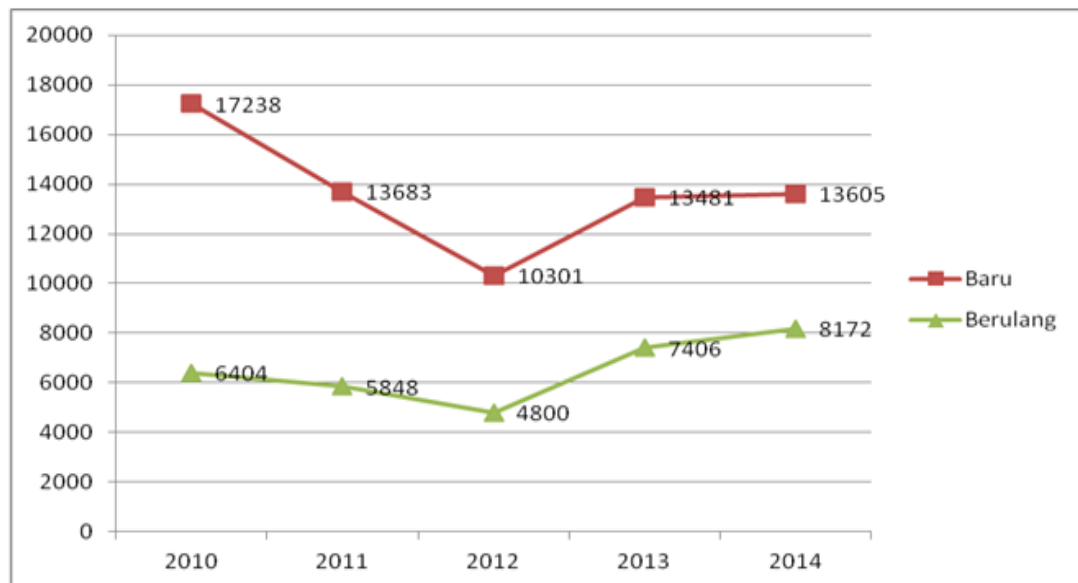
Sementelahan itu, dapat dirumuskan bahawa setiap agama majoriti di Malaysia berkongsi pandangan yang sama iaitu melarang pengikutnya menggunakan dadah kerana ia mendatangkan kemudaran, kemusnahan, dan kebinasaan kepada diri sendiri dan orang lain. Malah, penagihan dadah dilihat sebagai satu ancaman yang besar kepada agama dan bangsa kerana ia mampu menggugat kesejahteraan dan keharmonian manusia sejagat. Lantaran itu, komponen agama turut diketengahkan dalam kajian ini sebagai sub dimensi kesejahteraan rohani bagi mengkaji isu berlakunya kecenderungan pengulangan dadah (KPD).

### **1.3 Pernyataan Masalah**

Masalah penyalahgunaan dadah dikatakan semakin tenat di Malaysia (Taib, 1992 & Nazar Mohamed, 2006). Menurut Spencer dan Navaratnam (1981); dan Inkster dan Comolli (2012) pula, isu penagihan dadah ini turut menjadi masalah

sejagat bagi negara-negara Asia dan negara-negara besar seperti di Amerika Syarikat kerana meninggalkan pelbagai kesan negatif terhadap manusia, sosial dan juga ekonomi. Negara gergasi seperti Amerika Syarikat misalnya, telah menunjukkan jumlah kes penglibatan dan penyalahgunaan bahan yang tinggi sejak awal kurun ke 21 lagi sehinggalah mencecah lebih ribuan juta orang pada masa kini (Bliss & Ekmark, 2013).

Begitu juga dengan kedudukan statistik penagihan dadah di Malaysia yang masih menunjukkan jumlah kes yang tinggi terutamanya pengulangan atau relaps. Hal ini terbukti apabila Laporan Tahunan Penagihan Dadah bagi lima tahun bermula pada tahun 2010 sehingga tahun 2014 pada Rajah 1.2 menunjukkan satu trend yang semakin menaik selepas tahun 2012 apabila jumlah kes pengulangan yang berjaya dikesan bagi tahun 2013 adalah seramai 7,406 orang dan sejumlah 8,172 orang bagi tahun 2014. Keadaan ini secara tidak langsung memberi satu cabaran besar kepada program rawatan dan pemulihan dadah yang sedia ada. Maka mengikut Mohd Nor dan Nazar Mohamed (2009) dan Nazar Mohamed dan Marican (2014), proses kepulihan bekas pengguna dadah perlu dilakukan secara berterusan dengan melibatkan pelbagai pendekatan alternatif terutamanya dari aspek dalaman meliputi elemen moral dan kerohanian agar dapat menolong mereka menjauhkan diri daripada dadah pada masa hadapan.



Rajah 1.2. Tren statistik pengulangan dadah di Malaysia bagi tahun 2010-2014

(Sumber : Laporan Statistik Dadah oleh AADK 2015)

Masalah pengulangan dadah yang tidak dibendung akan terus memberi ancaman kepada tingkah laku bekas pengguna dadah itu sendiri seperti banyak mengasingkan diri, bercampur dengan kumpulan-kumpulan yang tidak bermoral, tidak jujur, mencuri, tidak bertanggungjawab terhadap kerjaya, sekolah, dan keluarga, badan menjadi kurus, lemah tenaga zahir dan batin, kerap pitam, malas, berada dalam khayalan, sakit perut, berperasaan ganas, ketagih, dan mempunyai daya tahan badan yang lemah sehingga mudah dijangkiti pelbagai jenis penyakit seperti kencing gigi, mandul, dan sebagainya (*Anti Narcotics Task Force, National Security Council, & Prime Minister's Department, 1992*). Ia juga turut meninggalkan kesan kepada maruah keluarga, bebanan masa, tenaga dan wang bagi merawat ketagihan, konflik, perpisahan, dan keruntuhan institusi keluarga (Abdul Halim & Shah, 2010). Begitu juga dengan kesan terhadap masyarakat, yang mana tingkah laku pengulangan turut menyumbang kepada berlakunya pelbagai masalah sosial yang berpanjangan dan terus

menerus mencabuli ketenteraman penduduk awam (AADK, 2007; Abdul Halim & Shah, 2010).

Di samping itu, isu pengulangan dadah yang semakin meningkat turut mengakibatkan pertambahan bebanan negara dari sudut pembangunan ekonomi. Negara terpaksa menyediakan peruntukkan sangat tinggi pada setiap tahun bagi mempersiapkan segala kemudahan rawatan dan pemulihan dadah, menyelenggara program-program pencegahan, dan menambah bilangan anggota polis, penjara, mahkamah, hospital dan pegawai perkhidmatan sosial lain bagi menjalankan kegiatan penguatkuasaan, pencegahan, rawatan serta pemulihan (Jamaludin, 2007; & Abdul Halim & Shah, 2010). Misalnya anggaran kos perbelanjaan terkini bagi merawat dan memulihkan seorang penghuni (*inpatient*) di PUSPEN di seluruh Malaysia, kerajaan terpaksa membelanjakan peruntukan sebanyak RM35 untuk sehari, RM593.10 sebulan dan RM7,117.20 setahun bagi menguruskan keperluan diri demi meningkatkan kesejahteraan serta kefungsi sosial seorang BPD agar dapat meneruskan kehidupan yang sihat tanpa dadah (Buku Maklumat Dadah, 2013).

Menurut Ibrahim dan Kumar (2009) lagi, apa yang lebih membimbangkan kini bukanlah kesan penagihan dadah semata-mata, tetapi isu masih pertambahan kes pengulangan dadah di Malaysia. Sungguhpun pelbagai program rawatan dan pemulihan dadah telah dijalankan sejak tahun 1975 bagi membantu memulihkan penagih bebas daripada masalah dadah, namun angka kes pengulangan terus menunjukkan peningkatan yang ketara sejak 36 tahun penubuhannya (Ibrahim, Abu Samah, Abu Talib, & Sabran, 2012). Jika diteliti secara lebih terperinci pada laporan yang dikeluarkan oleh Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) bagi lima tahun kebelakangan ini juga, didapati bilangan BPD yang kembali menggunakan dadah

masih ramai dan bertambah pada setiap hari dan bulan (rujuk Jadual 1.1) Angka pengesanan penagih berulang yang tinggi mengikut hari, bulan, dan tahunan ini sudah jelas memberi gambaran negara kita masih tidak mencapai sasaran menjadi sebuah negara yang bebas daripada najis dadah pada tahun 2015 (Adam, Wan Ahmad, Abd. Fatah, 2012).

Jadual 1.1

*Statistik Penagihan dan Relaps bagi Tahun 2010-2014*

Tahun	Jantina		Status Kes		Status Kes Pengulangan		Jumlah kes
	L	P	Baru	Berulang	Sebulan	Sehari	
2010	23,062 (97.55%)	580 (2.45%)	17,238	6,404	534	18	23,642
2011	19,041 (97.49%)	490 (2.50%)	13,683	5,848	487	16	19,531
2012	14,662 (97.09%)	439 (2.91%)	10,301	4,800	400	13	15,101
2013	20,219 (96.80%)	668 (3.20%)	13,481	7,406	617	21	20,887
2014	21,078	699	13,605	8,172	681	23	21,777

(Sumber : Laporan Statistik Dadah oleh AADK 2015)

Permasalahan ini turut disokong oleh Reid, Adeeba Kamarulzaman, dan Sangeeta Kaur Sran (2007) di dalam kajiannya yang mendapati isu pengulangan dadah di Malaysia kelihatan semakin sukar dibendung. Hal ini kerana lebih kurang 70% hingga 90% pengguna dadah yang dikaji telah menerima rawatan dan pemulihan di Pusat-pusat pemulihan di Malaysia dikesan kembali menggunakan dadah selepas tempoh sekurang-kurangnya setahun. Ibrahim dan Kumar (2009) turut mendapati, tingkah laku pengulangan dadah boleh berlaku dalam tempoh sebulan hingga enam bulan selepas tamat menjalani rawatan. Begitu juga dengan Shu-Chuan *et al.* (2006) melalui kajiannya di Taiwan menjelaskan, kebanyakan daripada BPD dikesan kembali